

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
“УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ”
КАФЕДРА ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ
І ПРОПЕДЕВТИКИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ
З РЕКОНСТРУКТИВНОЮ ХІРУРГІЄЮ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В., Лохматова Н.М.

**АНОМАЛІЇ КІЛЬКОСТІ ТА БУДОВИ ЗУБІВ, ОДОНТОМА І
ТРАВМА ЗУБА
В ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

Полтава – 2010

УДК

Автори:

Ткаченко Павло Іванович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри;

Білоконь Сергій Олександрович – к.мед.н., доцент кафедри;

Гуржій Олена Вікторівна – к.мед.н., доцент кафедри;

Лохматова Наталія Михайлівна – к.мед.н., доцент кафедри.

В методичних рекомендаціях наведено літературні дані і результати власних клінічних досліджень та спостережень стосовно симптоматики, діагностики і лікування аномалій розвитку зубів та при їх травмі в практиці дитячої хірургічної стоматології.

Деякі наведені авторами дані можуть стати підґрунтям для подальших поглиблених науково-практичних досліджень.

Рекомендовано для студентів IV та V курсів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів, субординаторів, лікарів-інтернів та лікарів-стоматологів.

Затверджено на засіданні ЦМК УМСА (протокол № 6 від 25.03.2010).

Рецензент:

Каськова Людмила Федорівна – д.мед.н., професор, завідувача кафедрою дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань УМСА.

ЗМІСТ

1. Адентія, зубна ретенція та дистопія.....	2
2. Гіпердонтія.....	7
3. Одонтома	13
4. Травма зубів	16
5. Одонтореплантація	27
6. Список використаних джерел.....	34

АДЕНТІЯ, ЗУБНА РЕТЕНЦІЯ ТА ДИСТОПІЯ

Загальновідомо, що аномалії кількості зубів можуть проявлятися як збільшенням, так і зменшенням їх числа порівняно із віковою нормою. Одним із проявів такої патології є адентія, котрій притаманна вроджена відсутність тимчасових, постійних зубів або їх зародків. Серед аномалій розвитку зубів вона посідає одне із провідних місць. У дітей, які звертаються за ортодонтичною допомогою, така аномалія зустрічається в 21,5% випадків. При частковій адентії (гіподентії) можуть бути відсутніми як окремі зуби, так і їх групи, або ж прослідковується зміна форми коронок зубів, що залишились. Мезіодистальні розміри зубів при частковій адентії менші порівняно із середніми розмірами при ортогнатичному прикусі. Достовірно доведено, що значно меншою є і ширина всіх зубів, за винятком іклів.

Етіологічні чинники адентії вивчені недостатньо. Окреме місце серед причин її виникнення дослідники відводять спадковості. В сім'ях із гіподентією спадковість як причина адентії визначається у 4 рази частіше, ніж у популяції вцілому. Частіше вона передається по жіночій лінії (40%), ніж по чоловічій (27%), і має домінантний тип успадкування.

Вважається, що не останню роль у виникненні адентії відіграють ендокринні та обмінні розлади в період вагітності жінки або у дитячому віці, порушення розвитку ектодермального зародкового листка, з якого утворюються зубні фолікули, променеві ушкодження зубних зародків або тканин, що їх формують. При адентії постійних зубів (частіше за все це ікла та другі моляри) тимчасові можуть затримуватися в зубних рядах на термін до 45 років та більше порівняно із віковим періодом їх фізіологічної зміни. Вроджена відсутність до 10 постійних зубів (переважно, ікла верхньої щелепи, другі премоляри, треті моляри) є характерною ознакою так званої *фізіологічної редукції*, а відсутність більше 10 постійних зубів та

їх зародків, що зустрічається значно рідше, може сполучатися із порушенням розвитку інших похідних ектодерми: шкіри, потових та сальних залоз, волосся, нігтів, хрусталика ока, нервів. При множинній адентії зуби, що прорізались, можуть мати шипоподібну форму та розташовуватись на значній відстані один від одного, імітуючи картину діастем та трем. Повна адентія зустрічається, головним чином, при спадковій ектодермальній дисплазії.

Адентію супроводжують естетичні та функціональні порушення прикусу: зміщення зубів, діастема, зменшення висоти прикусу, недостатня ефективність жування та нерозбірлива мова. Часто формується глибокий прикус, а множинна адентія сполучається із недорозвиненням щелеп, звуженням альвеолярних відростків, конусоподібною формою зубів.

На підставі комплексного обстеження хворих, із урахуванням морфологічних, функціональних та естетичних відхилень, Ф.Я.Хорошилкіною та С.Х.Агаджаняном (1985) запропонована класифікація порушень зубо-щелепної ділянки, спричинених частковою адентією.

Остаточний діагноз адентії визначається по результатах клінічного та рентгенологічного обстеження зубних рядів, щелеп, лицевого кістяка із урахуванням анамнестичних даних. Іноді в цьому допомагає вивчення діагностичних моделей щелеп.

На думку дослідників, для визначення остаточного діагнозу у всіх випадках відсутності зубів у роті найвагомим є рентгенологічне дослідження. Воно дозволяє встановити існування зародків очікуваних зубів, а при їх наявності допомагає визначити і місцеві причини, що зашкоджують прорізуванню, оцінити стан кісткової тканини альвеолярного відростка.

Натак, в подібних ситуаціях рентгенографічно нерідко визначається зубна ретенція, яка є одним із проявів аномалії розташування зубів.

Відомо, що *ретенуваним* називається *сформований зуб, котрий протягом двох років після терміну нормального прорізування не з'явився і знаходиться в щелепі*. Зубна ретенція або напівретенція виявляється як у дітей, так і у дорослих у 1,3-8% випадків, здебільшого спостерігаючись (90% випадків) у фронтальній ділянці верхньої щелепи. Найчастіше ретенуваними бувають постійні центральні різці, ікла, другі премоляри, треті моляри та понадкомплектні зуби.

Така патологія може бути спричинена атиповою будовою зуба, неправильною закладкою зубного фолікула в щелепі (мал. 1), затримкою зміни тимчасових зубів, недостатністю місця в зубній дузі внаслідок недорозвинення альвеолярного відростка, наявності понадкомплектного зуба, який розташовується на шляху прорізування. Все це чітко визначається аналізом рентгенограм. Ендокринні порушення, інфекційні і загальносоматичні захворювання, запальні процеси та травма щелеп теж розглядаються як ймовірні чинники виникнення зубної ретенції. Гіпотиреоз і деякі рідко виникаючі захворювання (наприклад, краніо-клявікулярний та краніо-фаціальний дизостози) здатні викликати множинну ретенцію зубів. Не дивлячись на все це, більшість спеціалістів, все-таки, найвірогіднішою причиною затримки прорізування зубів називають передчасне видалення тимчасових зубів та недостатність місця у зубному ряді внаслідок недорозвинення щелепи.



Мал. 1. Внутрішньоротова рентгенограма пацієнтки Р., 12 років. Спостерігається ретенція 21 зуба, спричинена неправильною закладкою зубного фолікула в щелепі.

Вибір методу лікування зубної ретенції залежить від віку хворого, локалізації ретенованого зуба, наявності для нього місця в зубному ряді та ступеня формування кореневого апекса. Прорізування таких зубів прискорюють застосуванням знімних протезів із функцією стимулятора росту, методом електростимуляції. Однак, у більшості випадків перевага віддається поєднанню хірургічного втручання та активного ортодонтичного лікування. В ході оперативного втручання частково оголюються коронки ретенованих зубів, після чого на них закріплюють металеві ковпачки з петлями або крючками, брекети та ін. Потім ретеновані зуби виставляють у правильне положення знімними або незнімними ортодонтичними апаратами, при необхідності розширюючи зубний ряд (мал. 2).



Мал.2. Пацієнтці Ж., 18 років, після хірургічного втручання оголено коронку ретенованого та дистопованого 23 з метою подальшого ортодонтичного лікування.

Видалення ретенованих зубів виконують лише у випадках, коли вони викликають різноманітні патологічні процеси: розвиток фолікулярних кіст, невралгії трійчастого нерва, запальні явища оточуючих тканин, зміщення або резорбцію коренів сусідніх зубів і т.п.. Ретеновані зуби, які залягають глибоко і не викликають таких явищ, можуть залишатись в щелепі тривалий час. При неправильному або глибокому заляганні ретенованого

постійного зуба, особливо у віці пацієнта більше 15 років, тимчасовий можна залишати.

Рентгенологічне дослідження, проведення якого перед видаленням є обов'язковим, має на меті визначення ряду принципово важливих питань: локалізація зуба відносно зубного ряду, його зв'язок із сусідніми зубами та анатомічними утвореннями, розташованими поряд (гайморова порожнина, порожнина носа, нижньощелепний канал та ін.). Вирішення цих завдань, що здатне запобігти виникненню ускладнень під час хірургічного втручання та у післяопераційному періоді, стає можливим лише при використанні панорамної рентгенографії і томографії.

У випадках, коли зуб, що прорізався, або зубний фолікул знаходяться у невідповідному для них місці, говорять про *зубну дистопію*, яка переважно спостерігається у постійному прикусі (мал. 3). Дистоповані зуби можуть прорізуватись у будь-якому відділі порожнини рота, носовій порожнині та у ділянці інфраорбітального краю і орбіти. Іноді вони виявляються у гільці щелепи, стінці гайморової порожнини. Однак, найчастіше зустрічаються аномалії розташування зубів у зубній дузі.

Відзначають, що дистопія зуба нерідко сполучається із його ретенцією.



Мал 3. Рентгенограма кісток черепа у прямій проекції пацієнта Б., 18 років. Спостерігається дистопія 28 зуба.

ГІПЕРДОНТІЯ

Причиною ретенції центральних різців , про що говорилося вище, переважно (85% спостережень) є наявність саме надкомплектних зубів (гіпердонтія). Цікаво, що їх поширеність за даними рентгенографії значно більша, ніж за результатами об'єктивного стоматологічного огляду (2,27% та 0,3% відповідно).

Етіопатогенез гіпердонтії остаточно не з'ясований. Існує декілька гіпотез, кожна з яких досить переконливо доводить причини та механізм її розвитку. По-перше, надкомплектні зуби можуть утворюватися в період органогенезу як результат надмірного розростання зубної пластинки. По-друге, гіпердонтія – результат поділу звичайного зубного фолікула на дві частини, що здатні до самостійного розвитку. Має підстави на існування і думка, що надмірне збільшення кількості зубів є проявом атавізму.

Єдиної чіткої та загальноприйнятої класифікації гіпердонтії на теперішній час не існує. Більшість дослідників розрізняє надкомплектні зуби залежно від форми (шилоподібні, горбкуваті, долотоподібні, шишкоподібні та зуби, будова яких аналогічна типовим) або місця прорізування.

Інші автори їх поділяють на групи за ознаками сформованості кореня:

I група – з формою коронки, але без ознак кореня;

II група – з наявністю кореня на різних стадіях його розвитку, але з несформованою верхівкою;

III група – з добре розвиненим коренем, що за зовнішнім виглядом не відрізняються від постійних зубів.

Окремо виділяють “зрощену” форму зубів: зрощення тільки коронками, тільки коренями (“розщеплені” зуби) або повне зрощення

(порожнина у таких зубах спільна або розділена перетинкою). Зустрічаються і надкомплектні зуби, що зрощені з комплектними.

До різновиду гіпердонтії також відносять таку патологію, як “зуб у зубі”.

В.Ф.Макєєв та співав. (2005) на підставі аналізу результатів власних досліджень запропонували клінічну класифікацію надкомплектних зубів:

Надкомплектні зуби		
прорізані	Ретенovanі	розташовані у ділянці незрощеного альвеолярного відростка
у zdeформованому зубному ряді	з деформацією зубного ряду	
поза zdeформованим зубним рядом	з дефектом зубного ряду	
поза нездеформованим зубним рядом	з дефектом і деформацією зубного ряду	
	без клінічних проявів	

Всі дослідники єдині у думці, що клінічні прояви гіпердонтії досить різноманітні та обумовлюються кількістю надкомплектних зубів, їх формою, розмірами і розташуванням. Хворі переважно скаржаться на неправильне розташування зубів або їх ретенцію чи затримку прорізування. В анамнезі не завжди визначається спадковість та зв'язок із впливом шкідливих чинників і захворюваннями матері в період вагітності.

При об'єктивному обстеженні за умови розташування надкомплектного зуба в зубному ряді, що, за нашими спостереженнями, зустрічається не так часто, визначається деформація останнього у вигляді вестибулярного або піднебінного розміщення комплектних зубів, їх тортоаномалій, різного виду нахилів, скупченості та іншої патології.

Частіше надкомплектні зуби прорізуються поза зубним рядом (переважно у піднебінному положенні), деформуючи передню ділянку

зубної дуги у вигляді тортоаномалій центральних та бічних різців, їх вестибулярного нахилу чи зміщення. Прорізування надкомплектних зубів поза зубним рядом без його деформації зустрічається вкрай рідко.

Гіпердонтія може клінічно і не проявлятися, що також буває не досить часто, а виявлення такої патології зазвичай є випадковим.

Натомість ретенція надкомплектних зубів, що за нашими спостереженнями зустрічається найбільш часто, може призводити до деформації зубного ряду внаслідок тиску на корені прорізаних комплектних зубів, до дефекту зубного ряду через затримку прорізування цих зубів, до комбінованого ураження (деформації та дефекту) зубного ряду (мал. 4, 5)



Мал. 4. Хворий Б., 11 років.
Діагноз: надкомплектні зуби в ділянці верхніх центральних різців.



А



Б

Мал. 5. Хвора П., 7 років. Діагноз: надкомплектний зуб в ділянці верхніх центральних різців.

А) ортопантомограма; Б) загальний вигляд після видалення.

Окремої уваги заслуговує гіпердонтія у пацієнтів із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Високий відсоток даної патології у цих хворих пояснюється розщепленням одного із фолікулів в процесі органогенезу лицевого кістяка (передньої ділянки верхньої щелепи). Клініка гіпердонтії в таких випадках дуже різноманітна та специфічна, що залежить від розташування надкомплектного зуба відносно незрощення, виду останнього, характеру деформацій верхньої щелепи, зміщення її незрощених фрагментів.

Гіпердонтія супроводжує і інші вкрай важкі захворювання, зокрема клейдокраніальний дизостоз та синдром Гарднера.

Клейдокраніальний (ключично-черепний) дизостоз – вроджена аномалія розвитку з аутосомно-домінантним типом успадкування, яка зазвичай виявляється у дитячому або підлітковому віці. Клінічно характеризується порушенням процесу формування кістки в ключиці та черепі у поєднанні із ураженням порожнини рота та довгих трубчастих кісток. Ураження порожнини рота значне: високе, вузьке, аркоподібне, інколи розщеплене піднебіння, тимчасові зуби довго не прорізаються, прорізування постійних зубів теж затримується (зазвичай вони мають короткі корені). Крім того, в ділянці молярів та премолярів спостерігаються надкомплектні зуби, які також не прорізаються.

Синдром Гарднера – аномалія розвитку з аутосомно-домінантним типом успадкування, обумовлена мутацією гена аденоматозного поліпозу товстої кишки. У хворих спостерігаються множинні епідермоїдні та дермоїдні кісти, поліпоз кишечника (особливо товстого), ліпоми, фіброми, лейоміоми. Синдром характеризується і значними змінами в щелепно-лицевій ділянці (гіпердонтія, ретенція надкомплектних зубів, одонтоми та остеоми щелеп). Остеоми зазвичай уражують кістки мозкового та лицевого черепа, особливо нижню щелепу і гайморові порожнини.

Стосовно діагностики гіпердонтії, зазначимо, що, у випадках, коли надкомплектні зуби прорізаються, призводячи до деформації зубного ряду, їх діагностика не викликає труднощів. Натомість діагностика зубів, що знаходяться в товщі щелеп, призводячи до затримки прорізування сусідніх зубів, буває досить складною. У таких випадках не завжди є ефективним навіть звичайна внутрішньоротова рентгенографія, за допомогою якої намагаються визначити розташування надкомплектного зуба, його величину, форму, співвідношення із суміжними анатомічними утвореннями (гайморова порожнина, порожнина носа, нижньощелепний канал та ін.). У деяких випадках для більш точної діагностики проводиться додаткова рентгенографія цієї ділянки у сагітальній площині, панорамна рентгенографія, телерентгенографія, комп'ютерна томографія, що дозволяють запобігти виникненню ускладнень під час хірургічного втручання та у післяопераційному періоді. Загалом статистичні дані стосовно взаємопов'язаності зубної ретенції та гіпердонтії засвідчують необхідність рентгенологічного дослідження при будь-якій формі затримки прорізування зубів.

Хочемо звернути увагу на аномалії, які клінічно можуть нагадувати гіпердонтію, однак мають зовсім іншу етіологію.

Подвоєння зуба характеризується неповним розділенням одного зубного фолікула на два. Така патологія у 5 разів частіше зустрічається серед тимчасових зубів, насамперед нижніх різців. При цьому кількість зубів в зубному ряді є нормальною. Однак коронка аномалійного зуба-макродонта може мати на ріжучому краї розщілину або жолобок на губній чи язичній поверхні. На рентгенограмі такий зуб має одну збільшену пульпарну порожнину та збільшений корінь.

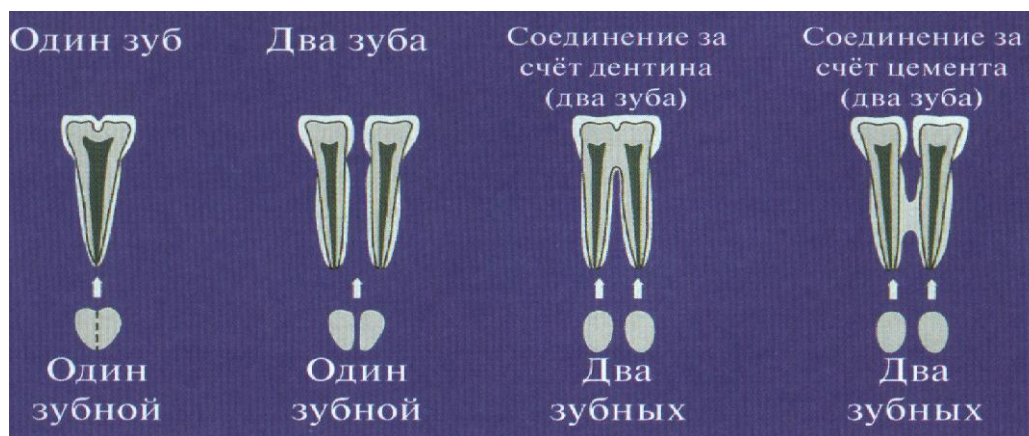
Роздвоєння зуба – повне розділення зубного зародка. Половинки такого зуба повністю відділені одна від одної, але являються повним дзеркальним відображенням. Розміри їх зазвичай зменшені, а при

підрахунку зубів їх кількість є збільшеною, хоча через нестачу місця порушується лінія зубного ряду.

При *злитті* виявляється об'єднання двох зубних зародків. Ділянка поєднання зазвичай складається із дентину. Найчастіше така аномалія зустрічається серед різців, а однією із її ознак є зменшення кількості зубів. Злиті зуби нагадують подвоєні, однак на рентгенограмах вони мають дві порожнини та два кореневі канали. Злиття тимчасових зубів часто призводить до адентії постійних.

Зрощення (конкресценція) – зрощення двох зубів тільки за рахунок цементу після завершення формування кореня. Причиною такої аномалії вважається скупченість зубів в період їх розвитку або порушення цілістності кісткової перегородки між двома сусідніми альвеолами в наслідок травми, що призводить до доторкання розташованих в них зубів. На дану патологію слід зважати під час видалення зуба.

Узагальнено наведені аномалії представлені на схемі (згідно Лангле Р.П., Миллер К.С., 2008).



Лікування гіпердонтії завжди хірургічне. При цьому видалення ретенованого надкомплектного зуба зазвичай призводить до утворення значної за розмірами кісткової ранової поверхні, яка закривається глухим ушиванням слизово-окісного клаптя. Швидкість та “якість” репаративного

остеогенезу в таких випадках залежить від багатьох чинників, зокрема і від величини простору, розміщеного під слизово-окісним клаптом, а ослаблення останнього негативно впливає на кінцевий результат лікування. Більш поглиблено мова про репаративний остеогенез піде у відповідному розділі.

ОДОНТОМА

Одонтома – доброякісна пухлина, що складається з епітеліального і мезенхімального компонентів зубоутворюючих тканин. Вона є результатом диференціювання зубоутворюючого тканинного комплексу, який містить ембріональний епітелій та мезенхіму, в бік утворення структур, подібних до структури зуба на різних стадіях його розвитку. В ній емаль, дентин, пульпа і цемент можуть досягати різного ступеня зрілості.

Відокремлюють м'яку та тверду одонтоми.

М'яка одонтома зустрічається досить рідко (біля 1% всіх пухлин щелепних кісток), зазвичай у людей до 20 років, і має епітеліально-мезенхімальну паренхіму, за будовою подібну до тканин зуба на ембріональних стадіях його розвитку.

Мікроскопічно вона має вузькі гіллясті тяжі епітеліальних клітин, які розташовані серед ніжноволокнистої сполучної тканини. Низький ступінь диференціювання цих клітин обумовлює інфільтративний ріст пухлини.

Клінічно проявляється у вигляді веретеноподібного здуття щелепи. З ростом така одонтома руйнує компактну пластинку і проростає в оточуючі тканини. Під час огляду визначають еластичне бугристе утворення синього кольору, яке легко кровоточить при травмуванні. При інфікуванні клінічний перебіг нагадує хронічний запальний процес.

Лікування м'якої одонтоми тільки хірургічне, а із урахуванням здатності до інфільтративного росту її слід видаляти шляхом резекції щелепної кістки у межах здорових тканин.

Тверда одонтома розвивається із одного або декількох зубних зачатків. Розрізняють прості та складні одонтоми.

Прості одонтоми можуть бути повними (мають зубоподібну або круглу форму) і неповними (залежно від локалізації – кореневі, коронкові або парадонтоми). *Проста повна одонтома* – скупчення хаотично розташованих тканин, в тій чи іншій мірі подібних до тканин зуба. Натомість *проста неповна одонтома* складається тільки з одного виду твердих тканин зуба, залежно від чого розрізняють дентиному, адамантому або цементому.

Складна одонтома побудована з декількох зубних зачатків або декількох рудиментарних зубів. У так званій *комплексній одонтомі*, незалежно від хаотичного розташування зубних тканин, спостерігається тенденція до формування структур, що нагадують зуб. Такі структури відсутні у змішаній складній одонтомі (*компаундодонтома*).

Розрізняють *кістозну форму* твердої одонтоми, яка вистлана зсередини епітелієм (мал. 6). У фіброзному шарі оболонки або в її порожнині наявні елементи твердої одонтоми, що мають вигляд бугристої пухлини, чітко відмежованої від навколишньої кістки сполучнотканинною капсулою. Натомість неповні тверді одонтоми не мають подібної капсули і міцно зпаяні із зубом або навколишньою кісткою.

Тверда одонтома найчастіше виникає в період формування постійного прикусу, тобто спостерігається у молодих людей. Виникає зазвичай в ділянці молярів нижньої щелепи. В цьому місці постійний зуб може бути відсутнім або ретенуваним.

Пухлина росте повільно, зазвичай безсимптомно, і після формування не збільшується у розмірах. Іноді її поява супроводжується болем. В період

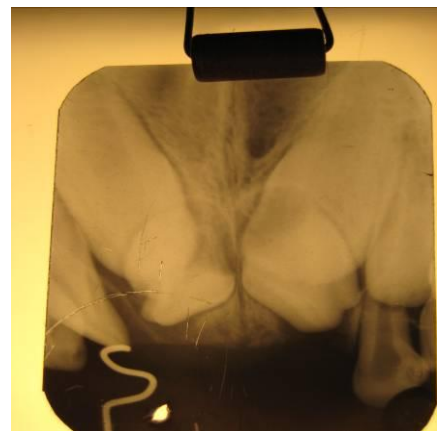
росту вона може проростати за межі кістки, травмуватися зубами-антагоністами, а внаслідок травми слизова оболонка, що її покриває, вкривається виразками.

При нагноєнні твердої одонтоми з'являються всі ознаки гострого гнійного запалення: біль, підвищення температури тіла, набряк м'яких тканин і т.п. За умови локалізації пухлини на нижній щелепі виникає утруднене відкривання рота, збільшуються регіонарні лімфовузли.

Вирішальним у діагностиці такої патології є рентгенологічне дослідження. Так, *проста неповна одонтома* на рентгенограмі має вигляд інтенсивного гомогенного затемнення круглої форми з рівними чіткими межами. Вона безпосередньо з'єднана з коренем зуба, форма якого не змінена. *Проста повна одонтома* також має вигляд круглого утворення, затемненого більше за кістку. Однак з зубами, як правило, вона не пов'язана. *Складна одонтома* визначається у вигляді інтенсивно затемненого утворення круглої форми з дольчастою будовою, де ділянки інтенсивного затемнення чередуються з ділянками просвітлення. Межі пухлини нерівні та втинаються в навколишню кісткову тканину у вигляді шипів. Здебільшого по краю чітко простежується вузька полоска просвітлення, яка відповідає капсулі. Кістка на межі з одонтомою зазвичай склерозована (мал. 7).



Мал. 6. Рентгенологічний вигляд кістозної одонтоми в ділянці 11 зуба.



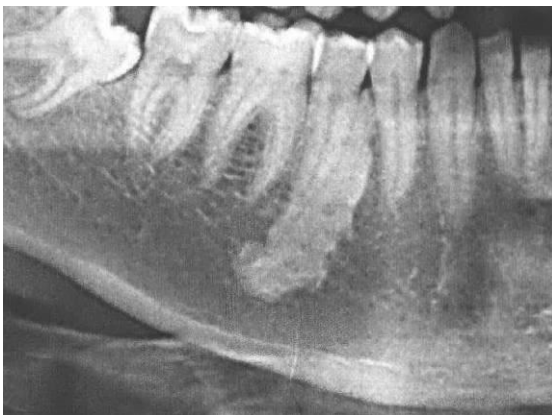
Мал. 7. Рентгенологічний вигляд складної одонтоми в ділянці 11 та 21 зубів.

Лікування одонтоми тільки хірургічне: новоутворення видаляється разом із оболонкою (якщо вона є). Слід пам'ятати, що під час видалення великих одонтом нижньої щелепи можливі переломи щелепи.

Як різновид одонтом відокремлюють **цементому** (мал. 8), тканина якої мікроскопічно нагадує клітинний або без клітинний цемент зубів. Клітинний склад цих новоутворень представлений цементобластами та цементокластами. Іноді серед них спостерігаються і інші елементи одонтоми: емаль, дентин.

Клінічний перебіг цементоми безсимптомний. Зазвичай вона з'являється з коренем зуба і має круглу форму. Такі пухлини можуть виявлятися випадково під час рентгенологічного дослідження або видалення зуба.

Лікування цементом хірургічне. Однак за умови відсутності ознак хронічного запалення лікування не потрібне, тому що така патологія не турбує хворого.



Мал. 8. Рентгенологічний вигляд цементоми в ділянці 45 зуба.

ТРАВМА ЗУБІВ

За літературними даними, в 6-13% випадків від загальної кількості травм у дітей в мирний час складають травми щелепно-лицевої ділянки, 3,5% з яких – це пошкодження зубів (по даним різних авторів: 2,19-2,5% тимчасових, 1,41-1,5% постійних). Найбільш розповсюдженими серед них

є вивихи одного або декількох фронтальних зубів, 58% з яких складають тимчасові зуби, а 16-18,3% – постійні. Співвідношення травмованих верхніх різців до нижнім складає 3:1. Хлопці травмуються у 2,2 рази частіше за дівчат. Травми носять в більшості випадків побутовий або спортивний характер.

Класифікація травм постійних зубів у дітей (ВОЗ)

Клас I. Забій зуба з незначними структурними пошкодженнями (тріщини емалі).

Клас II. Неускладнений перелом коронки зуба.

Клас III. Ускладнений перелом коронки зуба.

Клас IV. Повний перелом коронки зуба.

Клас V. Коронково-кореневий подовжній перелом.

Клас VI. Перелом кореня зуба.

Клас VII. Неповний вивих зуба.

Клас VIII. Повний вивих зуба.

У деяких класах виділяються 2-3 типи травм залежно від ступеня сформованості кореневої системи:

1 тип - травма зубів з незавершеним зростанням кореня зуба.

2 тип - травма зубів з несформованою верхівкою кореня.

3 тип - травма зубів з повністю сформованою кореневою системою.

КЛАС I. Забій зуба з незначними структурними пошкодженнями

Скарг немає або слабкий біль при накушуванні. При огляді: коронка зуба не змінена (дрібні тріщини можна побачити за допомогою освітлення зуба робочою лампою, транслюмінаційним методом), рухливість зуба відсутня або I ступеня. Тканини, що оточують зуб, не пошкоджені. В перші дні після травми визначається болісна перкусія та позитивна

термодіагностика, на рентгенограмі патологічні зміни відсутні, ЕОД в нормі.

Лікування: щадна дієта, диспансерне спостереження через 1, 2, 3, 6 міс. (у разі несформованого зуба – до повного формування кореня). При появі болю, збільшенні рухливості, зміні кольору зуба необхідно приступити до ендодонтичного лікування (глибока ампутація пульпи або екстирпація, залежно від ступеня сформованості кореня).

КЛАС II. Неускладнений перелом коронки зуба

Скарги на біль від температурних подразників, косметичний дефект. При огляді: дефект тільки емалі або відлом коронки зуба в межах емалі і дентину, можливі тріщини по краю. Рухливість зуба спостерігається рідко, перкусія – безболісна або слабкоболісна. Термодіагностика позитивна, (особливо на холодний подразник), на рентгенограмі патологічні зміни відсутні.

Тактика лікування залежить від об'єму пошкодження. При мінімальному сколі емалі обережно пришліфувати краї скола, покрити зуб фторвмісним лаком. Якщо корінь зуба несформований, то сусідній зуб не пришліфовують, оскільки в процесі формування кореня травмований зуб стане з сусіднім в одну площину. Пришліфовування при необхідності можна провести у декілька етапів протягом декількох місяців.

При значному сколі емалі дефект відновити склоіононімним пломбувальним матеріалом. При переломі коронки в межах емалі і дентину на місце перелому накласти лікувальну прокладку з препаратами кальцію.

Диспансерне спостереження здійснюють протягом 1 тижня, потім через 2, 4 тижні, 3 місяці і до повного формування кореня зуба. При виникненні ускладнень, загибелі пульпи необхідне ендодонтичне

лікування з урахуванням ступеня сформованості кореня (глибока ампутація пульпи або екстирпація).

КЛАС III. Ускладнений перелом коронки зуба

Скарги на біль від всіх видів подразників. Спостерігається перелом коронки зуба з оголенням пульпи. Рухливість зуба відсутня або I, II ступені, перкусія слабкоболісна або безболісна. Термодіагностика болісна, на рентгенограмі патологічні зміни відсутні.

При зверненні пацієнта протягом 24 годин після травми застосовують біологічний метод з метою збереження всієї пульпи. При зверненні пацієнта пізніше за 24 години після травми, та при значному розкритті порожнини зуба провести вітальну ампутацію (при несформованому корені). Надалі здійснювати диспансерне спостереження до повного формування кореня. В разі сформованого кореня провести вітальну екстирпацію і відновити коронкову частину зуба композитними матеріалами (у наступні відвідини) або методом протезування.

КЛАС IV. Повний перелом коронки зуба

Скарги на відлом коронки зуба, біль від всіх видів подразників. Об'єктивно спостерігається відлом коронки зуба на рівні ясенного краю або на 1 мм нижче, оголення пульпи зуба. На рентгенограмі: повна відсутність коронки зуба, зсуву кореня зуба немає, можливий вертикальний перелом частини кореня.

Лікування передбачає вітальну екстирпацію пульпи, ортопедичне відновлення коронки зуба. Можливе використання коронки власного зуба: фіксація відламаної коронки на анкерний штифт. У каналі фіксація здійснюється з використанням склоіономірного цементу. По лінії перелому фіксація коронки додатково проводиться з використанням композиційних матеріалів.

КЛАС V. Коронко-кореневий подовжній перелом

Скарги на рухливість частини зуба, біль на різні види подразників. При огляді: рухливість частини зуба, порожнина зуба розкрита. Забарвлення зуба іноді рожевого кольору. Рентгендіагностика: лінія перелому, що проходить через коронку на корінь зуба на різну глибину.

При лікуванні проводиться видалення фрагмента, ендодонтичне лікування, закріплення видаленого фрагмента на місце пломбувальним матеріалом. Якщо це неможливо – ортопедичне відновлення зуба.

КЛАС VI. Перелом кореня зуба

Хворі відмічають біль при накушуванні. При огляді коронка зуба частіше не змінена в кольорі, рухливість зуба різного ступеня, перкусія болісна. На рентгенограмі перелом видно відразу або через 1 тиждень (після початку репарації). Перелом може бути 3-х типів:

- 1) на рівні верхівкової третини кореня
- 2) на рівні середньої третини кореня
- 3) на рівні коронкової третини кореня.

Зачення ЕОД частіше в межах норми, але може варіювати.

Лікування спрямоване на зменшення відстані між відламками кореня, необхідне шинування зуба. Диспансерне спостереження через 1 тиждень, 2 тижні, 1 місяць, 2 місяці, 6 місяців і далі через 3-6 місяців.

Для сприятливого результату лікування необхідно 4 умови:

1. Точна репозиція відламків із забезпеченням тісного контакту обох фрагментів.
2. Міцна іммобілізація фрагментів на тривалий термін (не менше 8-12 тижнів).
3. Відсутність інфікування пульпи.
4. Хороший імунітет пацієнта, сприяючий регенераційним процесам.

Типи перебігу загоєння перелому кореня зуба

1) Проростання тканин дентину і цементу в лінію перелому. Відразу після травми в зоні лінії перелому формується кров'яний згусток. Проліфіруючі одонтобласти та інші клітини пульпи переходять в зону перелому. Якщо немає незворотнього пошкодження пульпи, то протягом декількох тижнів між фрагментами утворюється дентинна мозоль. У лінію перелому впроваджується сполучна тканина періодонта, що приводить до відкладення цементу, тобто у відновному процесі бере участь як пульпа, так і періодонтальна зв'язка. На рентгенограмі: гострі краї перелому поступово набувають закругленої форми (результат регенерації).

2) Проростання сполучної тканини періодонта в лінію перелому. Зуб чутливий, рухливість I ступеня, рентгенологічна картина перелому протягом тривалого часу не змінюється. Гострі краї фрагментів в процесі фізіологічної резорбції закруглюються.

3) Проростання сполучної тканини періодонта і кістки в лінію перелому. На рентгенограмі лінія перелому представлена кісткоподібною структурою. Гострі краї обох фрагментів закруглюються, просвіт каналу склерозується.

4) Проростання грануляційної тканини в лінію перелому кореня (несприятливий результат). Зуб не реагує на ЕОД і термічні подразники. Коронка зуба змінена в кольорі, рухливість I ступеня. Пульпа загинула. Щілина перелому заповнюється грануляційною тканиною.

Достовірний діагноз некрозу пульпи після перелому кореня може бути поставлений тільки після тривалого спостереження з контролем рентгенограмою. Некроз пульпи підтверджується, якщо через 3-12 місяців після травми відсутні ознаки загоєння перелому і є запальна деструкція (резорбція) в ділянці перелому кореня.

При несприятливому результаті лікування (з'явилася рухливість зуба, що різко збільшується, збільшився простір між уламками кореня на рентгенограмі, розвинувся періодонтит) слід провести :

- при I типі перелому кореня – ендодонтичне лікування великого відламка кореня, верхівкова третина віддаляється (операція за типом резекції верхівки кореня).
- при 2-му, 3-му типах – ендодонтичне лікування всього кореня і з'єднання відламків за допомогою штифта або пломбуванням склоіономірним цементом. Подальше диспансерне спостереження.

КЛАС VII. Неповний вивих зуба

При цій травмі ушкоджуються тканини, що оточують зуб (періодонт, альвеола, ясна). Даний клас травми включає 5 типів пошкоджень: струс, підвивих, інтрузивний вивих, екструзивний вивих, бічний вивих.

Струс зуба – травма тканин, що оточують його. Цей тип травми дуже схожий з травмою класу I. Відмінність полягає в тому, що в класі I наслідку травми відбиваються на твердих тканинах зуба (тріщини) і пульпі, а при травмах VII класу прояви травми спостерігаються в тканинах, що оточують зуб.

Скарги на болі при накушуванні на зуб. При огляді: тверді тканини зуба без патологічних змін, рухливість відсутня, перкусія – слабкоболісна, ЕОД в межах норми або знижена, рентгендіагностика: без патологічних змін.

Лікування: вивести зуб з оклюзії (по показанням), щадна дієта, диспансерне спостереження до повного формування кореня. Якщо корінь сформований, то диспансерне спостереження може тривати до 2 років.

Підвивих зуба характеризується частковим руйнуванням періодонта. Скарги на рухливість зуба, біль при накушуванні. При огляді: тверді тканини зуба без патологічних змін, невелика екструзія зуба (за рахунок

гематоми), кровоточивість з ясеневі борозенки, рухливість I-II ступеня, перкусія – болісна, ЕОД: електрозбудливість пульпи знижена аж до повної її відсутності. На рентгенограмі: розширення періодонтальної щілини на всьому протязі.

Лікування: шинування, щадна дієта, диспансерне спостереження до повного формування кореня. Якщо корінь сформований, то спостереження протягом 2 років після травми. При загибелі пульпи – ендодонтичне лікування (після зникнення рухливості зуба).

Інтрузивний (вбитий) вивих зуба: спостерігається забій і розрив періодонта, забій альвеоли, розрив судиннонервового пучка, ясен.

Після травми зуб виглядає коротшим за інші, біль в місці травми, біль в зубі відсутній. При огляді: укорочення зуба за рахунок занурення в м'які тканини аж до повного зникнення коронки. Тверді тканини зуба не пошкоджені: колір спочатку не змінений, надалі змінюється, рухливість відсутня, перкусія – слабкоболісна, ЕОД: електрозбудливість пульпи різко знижена або відсутня. Рентгендіагностика: вбивання зуба, пошкодження паросткової зони, перелом альвеоли, відсутність періодонтальної щілини.

Варіанти лікування:

а) при незначному зануренні і збереженні життєздатності пульпи зуб сам переміщується на місце по мірі формування кореня. В цьому випадку призначається щадна дієта;

б) повільна репозиція, висунення зуба за допомогою ортодонтичного лікування (еджуайс-техніка) з подальшим ендодонтичним лікуванням;

в) одноментна репозиція – висунення зуба за допомогою хірургічних щипців, шинування, ендодонтичне лікування.

Екструзивний вивих зуба характеризується розривом періодонта, розтягуванням або розривом пульпи. Скарги на висунення зуба після травми, рухливість. При огляді: часткове висунення зуба з лунки. Колір

зуба і тверді тканини без патологічних змін, надалі може бути зміна кольору зуба, рухливість, перкусія болісна. ЕОД: електрозбудливість пульпи відсутня. Рентгендіагностика: розширення періодонтальної щілини в ділянці верхівки кореня зуба, корінь зуба не пошкоджений.

Лікування: репозиція зуба, шинування, ендодонтичне лікування (після зникнення рухливості зуба). Диспансерне спостереження за станом періапікальних тканин.

Бічний вивих зуба: виникають розрив періодонта, забій, розтягування або розрив пульпи, перелом стінки альвеоли, з розривом ясен. Скарги на зміну положення зуба, біль при накушуванні. Об'єктивно: зуб зміщений в медіальному, дистальному, піднебінному або щічному напрямку, його колір в перші дні не змінений, рухливість різного ступеня, перкусія – болісна. ЕОД: зниження електрозбудливості пульпи або її повна відсутність. Рентгендіагностика: тверді тканини зуба, корінь без патологічних змін, пошкодження альвеоли, періодонтальна щілина розширена в ділянці верхівки і бічної поверхні кореня.

Лікування: репозиція зуба, шинування. При загибелі пульпи – ендодонтичне лікування.

Повний вивих зуба характеризується розривом пульпи та періодонта, втратою зуба, пошкодженням кістки альвеоли. При огляді: відсутність зуба або зуб утримується тільки круговою зв'язкою.

Класифікація травм тимчасових зубів

I. Пошкодження твердих тканин зуба або пульпи (переломи).

1. Перелом в ділянці емалі.
2. Перелом в ділянці емаль-дентин без пошкодження пульпи.
3. Перелом в ділянці емаль-дентин з пошкодженням пульпи.
4. Складний перелом коронка-корінь (косий або вертикальний) з і без пошкодження пульпи.
5. Перелом кореня.

II. Пошкодження періодонта (вивихи).

1. Забій.
2. Підвивих.
3. Частковий вивих (мал. 9).
4. Повний вивих (мал. 10).



Мал. 9. Пацієнт Н., 4 роки. Діагноз: частковий інтрузивний вивих 61 зуба



Мал. 10. Пацієнт С., 5 років. Діагноз: перелом альвеолярного відростка верхньої щелепи, повний вивих 61, 62, 63 зубів

Лікування.

Головним завданням в лікуванні травм тимчасових зубів є збереження розвитку зачатків постійних зубів.

Перелом коронки в ділянці емалі: лінія перелому закривається склоіономерним цементом або компомером, можливе подальше покриття композитами. Диспансерне спостереження.

Перелом в ділянці емаль-дентин без пошкодження пульпи: накладення кальційвмісного матеріалу (по показанням), потім склоіономер або компомер, можливе подальше покриття композитами. Диспансерне спостереження.

Перелом в ділянці емаль-дентин з пошкодженням пульпи: при розкритій порожнині зуба проводиться вітальна ампутація або вітальна

екстирпація (у контактних дітей під анестезією) або девітальна екстирпація. Диспансерне спостереження.

Складний перелом коронка-корінь: зуб видаляється.

Перелом кореня: якщо перелом у верхівковій третині кореня – призначається щадна дієта, диспансерне спостереження. Якщо перелом в середній третині кореня із зсувом або в коронковій третині кореня – зуб видаляється. В деяких випадках допустимо видалити коронковий фрагмент кореня, а апікальний залишити, щоб не травмувати зачаток постійного зуба. Фрагмент кореня, що залишився, піддається резорбції або висувається. При переломі в середній третині кореня без зсуву можливе збереження зуба і диспансерне спостереження.

Забій: лікування не вимагає.

Підвивих: при зсуві зуба – репозиція, щадна дієта, диспансеризації. При значному зсуві або вираженій рухливості – видалення зуба.

Частковий вивих: при незначному вбиванні (інтрузивний вивих) або висуненні (екструзивний вивих) – щадна дієта, диспансерне спостереження. При значному вбиванні або висуненні зуб віддаляється.

Повний вивих: тимчасові зуби реплантації не підлягають.

Ускладнення травм тимчасових зубів

I. Ускладнення у тимчасових зубів.

- Фарбування коронки.
- Облітерація кореневого каналу.
- Пульпіт.
- Періодонтит.
- Одонтогенний абсцес.
- Резорбція кореня.
- Анкілоз тимчасового зуба.
- Неправильне положення молочного зуба.

II. Ускладнення в розвитку зачатків постійних зубів.

- Гіпоплазія емалі.
- Недорозвинення коронки (зуби Турнера).
- Недорозвинення кореня, викривлення, облітерація.
- Недорозвинення всього зачатка.
- Зміна положення зачатка.
- Ретенція зуба.
- Фантомні зуби (залишки кореня зачатків, що продовжують розвиватися).
- Загибель зачатка.

ОДОНТОРЕПЛАНТАЦІЯ

Безпосередніми результатами повного вивиху є розрив тканин пульпи, відрив періодонтальної зв'язки і пошкодження кісткової альвеоли. Загроза інфікування та розвитку запального процесу в періодонті і альвеолі за таких умов досить велика, тому лікування вивиха повинно бути спрямоване як на реплантацію зуба, так і на профілактику ускладнень.

У вітчизняній та зарубіжній літературі зустрічається значна кількість робіт, присвячених питанням пересадки зубів і, зокрема, їх реплантації. Автори визначили показання та протипоказання до цього виду хірургічного втручання, запропонували оригінальні модифікації методик операцій в залежності від характеру захворювань та пошкоджень зубів і щелеп, удосконалили техніку оперативних втручань. Як наслідок, операція зубної реплантації стала стандартною, яку широко використовують лікарі-стоматологи в повсякденній практиці.

При визначенні показань до реплантації береться до уваги загальний стан хворого, стан тканин порожнини рота, характер патологічного процесу в ділянці майбутнього реплантата та оточуючих його периапікальних тканин із урахуванням віка пацієнта та стану кісткової тканини в ділянці альвеолярного відростка. У дітей реплантація постійних зубів має сенс незалежно від ступеня формування кореня, адже корені розсмоктуються не у всіх випадках. Навіть тоді, коли резорбція визначається рентгенологічно, зуби досить часто залишаються нерухомими, витримуючи звичайне функціональне навантаження та виконуючи притаманну їм функцію. Повністю вивихнуті тимчасові зуби реплантувати не рекомендується: вони можуть спричинити розвиток фолікулярної кістки і, тим самим, перешкодити прорізуванню постійних зубів.

У пацієнтів віком до 15 років збереження постійних передніх зубів на більш-менш тривалий термін є особливо важливим, враховуючи практично відсутність будь-якої абсолютної фізіологічної альтернативи у лікуванні до закінчення росту щелепи.

При травмі слід негайно доправити хворого до фахівця-стоматолога.

Незворотні зміни в періодонті та цементі кореня настають при сухому зберіганні зуба вже через 1 годину після травми, тому вивихнутий зуб слід щонайшвидше помістити в середовище для зберігання:

- середовище для клітинних культур, живильне клітинне середовище, середовище для зберігання органів; існують спеціальні бокси для зберігання зубів (виробництва Німеччини та інших країн), які містять живильні клітинні культури (напр. Dentosafe фірми Medice Iserlohn);
- фізіологічний розчин;
- молоко (свіже, холодне);
- слина;

- водопровідна вода (однак, володіючи гіпотонічними властивостями, вона не є сприятливим середовищем для зберігання зубів).

Методика реплантації:

- огляд зуба на наявність карієсу, цілісність кореня;
- розміщення зуба у фізіологічному розчині, змивання з його поверхні забруднень;
- щадне видалення залишків м'яких тканин з поверхні кореня;
- екстраоральне ендодонтичне лікування зуба, пломбування кореневого каналу;
- розміщення зуба в розчині антибіотиків на 5-10 хвилин;
- ревізія лунки, видалення згустка крові, що сформувався, при переломі альвеолярної стінки – репозиція відламків або видалення осколків;
- розміщення зуба в лунці;
- шинкування зуба на 4-8 тижнів;
- загальна антибіотикотерапія (по показанням) протягом 7-10 днів;
- диспансерне рентгенологічне спостереження за станом кореня та періапікальних тканин.

R.Weiger, M.Kalwitzki, C.Lost пропонують наступну тактику лікування вивихнутого зуба залежно від способу і тривалості його зберігання та ступеня сформованості кореня:

I. Сухе або вологе зберігання менше 15-20 хвилин чи зберігання в середовищі для клітинних культур до 24 годин.

А) Зуби з повністю або майже сформованим коренем:

- реплантація і шинкування протягом 7-10 днів;
- ендодонтичне лікування через 7-10 днів після реплантації з

введенням гідроксиду кальцію мінімум на 1 тиждень.

Б) Зуби з широким апексом:

- витримка зубів протягом 5 хвилин в розчині доксицикліна (тетрацикліна) (1 мг на 20 мл. 0,9% NaCl);
- первинне ендодонтичне лікування протипоказане.

II. Сухе зберігання 20-60 хвилин і зберігання в молоці або фізіологічному розчині куховарської солі від 15 хвилин до 6 годин.

Всі зуби:

- занурення в середовище для клітинних культур або живильне клітинне середовище на 30 хвилин;
- реплантація і шинування на 7-10 днів;
- ендодонтичне лікування зубів із сформованим коренем або апексофікація (введення гідроксиду кальцію) зубів із несформованим коренем.

III. Сухе зберігання довше 60 хвилин.

Всі зуби:

- повне видалення цементу кореня;
- занурення на 5 хвилин в 6% лимонну кислоту;
- занурення на 5 хвилин в 1% розчин фториду олова;
- занурення на 5 хвилин в розчин доксицикліна (1 мг на 20 мл. 0,9 % NaCl);
- реплантація і шинування протягом 7-10 днів;
- ендодонтичне лікування через 7-10 днів або екстраоральне лікування перед реплантацією.

В літературі зустрічається багато повідомлень про позитивні безпосередні, ранні та віддалені результати зубної реплантації. Вони свідчать, що реплантація зуба безпосередньо після його вивиха є найсприятливішою. Це обумовлене тим, що ураження періодонтальних структур в такому випадку мінімальне, а регенераційний потенціал тканин

періодонту і пульпи особливо залежить від життєздатності цементаутворюючих клітин на поверхні кореня та клітин періодонтальної зв'язки, від ступеня інфікованості кореневої поверхні та порожнини зуба. Вирішальними чинниками при цьому є тривалість знаходження зуба зовні альвеоли та спосіб його зберігання. Дослідження засвідчують, що між поверхнею кореня та альвеолярною кісткою утворюється сполучна тканина, із якої протягом 3 тижнів формується основа майбутнього періодонта, а через наступні 3 місяці процес загоєння завершується. При цьому гістологічно визначається інтактний шар цементу кореня та функціонально орієнтовані волокна із прикріпленням до альвеолярної кістки.

Із збільшенням об'єму пошкодження цементу кореня та періодонтальних клітин на його поверхні вірогідність загоєння періодонта зменшується. Як наслідок спостерігається зовнішня резорбція, що в значній мірі і визначає долю реплантата. В літературі розрізняють тимчасову зовнішню резорбцію (ТЗР), прогресуючу запальну зовнішню резорбцію (ПЗЗР) та заміщуючу резорбцію (ЗР).

Тимчасова зовнішня резорбція (поверхнева резорбція) не має клінічного значення та не визначається рентгенологічно у зв'язку із її малими розмірами. При ній дрібні та незначно ушкоджені ділянки кореня притягують макрофаги, які вилучають некротизовані тканини. Цим і обмежується очищення кореневої поверхні фагоцитуючими клітинами, а новий шар цементу, як передумова відновлення періодонта, формується із цементобластів прилеглого цементу та клітин сусідніх тканин, тобто репаративний процес при цьому має тенденцію до самокупіювання.

Прогресуюча запальна зовнішня резорбція передбачає наявність ділянок із некротизованим або відсутнім цементом кореня і рентгенологічно визначається зонами нерівного просвітлення різних розмірів вздовж зовнішнього контура кореня. Гістологічно цей процес

тісно пов'язаний із клітинами запальної інфільтрації. Вважається, що головним подразнювальником є інфекція, що підтримує процес резорбції мікроорганізмами та їх токсинами, які потрапляють із кореневого каналу через латеральні каналці у запально змінену тканину. Цей процес може швидко прогресувати і привести до повного руйнування кореня за декілька місяців.

Заміщуюча резорбція є більш сприятливою за ПЗР, бо виникає після некрозу періодонтальної зв'язки та затухання запального процесу навколо кореневої поверхні. Корінь зуба резорбується одонтокластами із одночасним заміщенням цієї ділянки кістковою тканиною. Клітини, які приймають участь у її перебудові, не в змозі відрізнити дентин кореня від альвеолярної кістки. Тому ЗР може привести до повної резорбції зубного кореня. Швидкість її прогресування залежить від інтенсивності метаболічних процесів. У більшості випадків, за даними літератури, на повну резорбцію кореня зуба потрібні роки (мал. 11 А).

Клінічно зуби із великою ЗР кореня характеризуються відсутністю рухливості (виникає так званий денто-альвеолярний анкілоз), а вертикальна перкусія дає типовий металевий звук. Рентгенологічно зона анкілоза визначається по відсутності періодонтальної щілини та особливому нерівному зовнішньому кореневому контуру (мал. 11 Б). Але дрібні анкілозовані ділянки можуть залишитись непомітними. У юних пацієнтів великі за обсягом зони анкілозування можуть привести до інфраположення зуба. На практиці досить часто зустрічається поєднання ПЗР та ЗР у різних ділянках кореня одного реплантата.

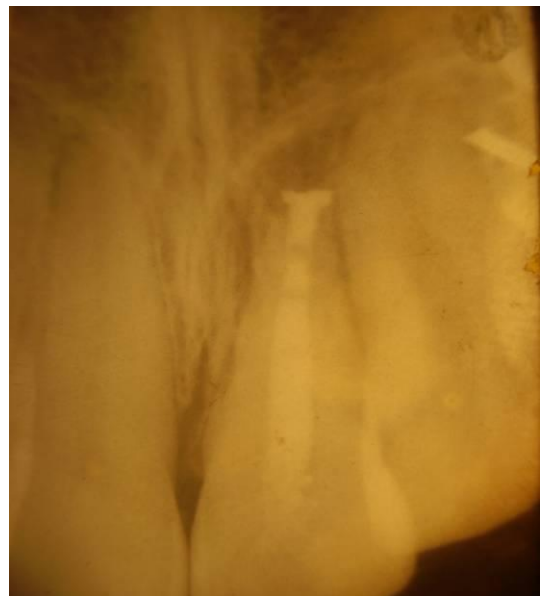
У перший післяопераційний рік рекомендується обстеження зони реплантата через 3 та 6 тижнів; 3, 6, та 12 місяців, а далі – 1 раз на рік. Оцінка пародонтальних структур проводиться за допомогою порівняльних рентгенограм.

Доведено, що зуби із незавершеним ростом кореня у юних пацієнтів швидко втрачаються через прогресуючу резорбцію. Чим молодший пацієнт, тим виразніший у нього процес резорбції, а прискорюючими факторами є невелика довжина кореня і його тонкі стінки. Але зуб, корінь якого розсмоктався, можна залишити.

За даними літератури, при реплантації зубів із незформованими коренями термін служби реплантата у 5 та 10 років спостерігається у 65% та 45% випадків відповідно, а вірогідність того, що реплантований зуб із повністю або майже повністю зформованим коренем буде функціонувати 5 і 10 років, складає 75% та 55% відповідно. Найбільш позитивний прогноз спостерігається у зубів, реплантованих протягом 3-15 хвилин після травми.



А



Б

Мал. 11. Рентгенограми пацієнта Н., 14 років (діагноз: повний вивих 21 зуба), одразу після реплантації (А) та через 1 рік після травми (Б). Спостерігаються ознаки заміщуючої резорбції кореня.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баглык Т.В. Рентгенологические характеристики нормы и патологии в стоматологии // Стоматолог. – 2002. – №5. – С.35-39.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. – Москва: Медицинская литература, 1999. – С.66-70.
3. Білоконь С.О., Співак К.Л. Клінічний випадок реплантації зуба // Актуальні проблеми експериментальної та клінічної медицини: Тези доповідей 58-ої студентської наукової конференції. – Полтава, 2002. – С.26.
4. Гуржій О.В., Білоконь С.О. Покращення результатів лікування дистопованих та ретендованих зубів // Мат. наук.-практ. конф. “Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія”, присвяченої 120-літтю з дня народж. проф. С.Н.Вайсблата. – Київ, 2008. – С. 83-84.
5. Дитяча хірургічна стоматологія. Практичні заняття (Частина III). Методичні рекомендації / П.І.Ткаченко, О.В.Гуржій, С.О.Білоконь та співавт. // – Полтава, 2005. – 140 с.
6. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия – Москва, 2008. – 206 с.
7. Козлов В.А. Одонтопластика. – Ленинград: Медицина, 1974. – 255 с.
8. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989. – 302 с.
9. Лангле Р.П., Миллер К.С. Атлас заболеваний полости рта – Москва, 2008. – 220 с.
10. Ландинова В.Д., Сунцов В.Г., Голочалова Н.В., Иванова Г.Г. Новые технологии в лечении травмы зубов у детей // Институт стоматологии. – 1999. – № 2. – С.31.
11. Макеев В.Ф., Роберт Ю.О., Пилипів Н.В. Надкомплектні зуби як причина деформації зубних рядів // Новини стоматології. – 2005. – № 3 (44). – С. 67-72.
12. Прохончуков А.А., Вахтин В.И., Ермолов В.В., Алябьев Ю.С. Способы лечения вывихов и реплантации зубов с применением стоматологического аппарата “Оптодан” // Материалы XIV и XV Всероссийских научно-практических конференций. – Москва, 2005. – С. 43-45.
13. Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В. Гіпердонтія в практиці дитячої стоматології // Вісник проблем біології і медицини. – 2009. – Вип. 3. – С. 15-18.
14. Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В., Білоконь Н.П. Хронічний гранульоматозний періодонтит та кісти щелеп – Полтава, 2006. – 54 с.
15. Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В., Білоконь Н.П., Лохматова Н.М. Адентія, ретенція і дистопія зубів в практиці хірургічної стоматології та ортодонтії // Стоматолог. – 2003. – № 12 (68). – С. 29-31.
16. Хасанов Р.А., Галеева З.Р. Новые аспекты и перспективы реплантации зубов // Материалы XIV и XV Всероссийских научно-практических конференций. – Москва, 2005. – С. 51-52.
17. Andreasen J.O.: Challenges in clinical dental traumatology.// Endod. Dent. Traumatol. 1985. – № 1. – P. 45-55.
18. Weiger R., Kalwitzki M., Lost C. Вывихнутый зуб // Квинтэссенция, 2000. – №3. – С. 39-51.